

個人情報保護

個人情報の取り扱いについて以下の事項を確認し同意の上、記入をお願いいたします。なお使用目的は以下の通りです。

- 1.サービスの提供およびこれに関する申し込み受付・事務手続き・参加者への連絡
- 2.本運動教室参加に伴う傷害保険加入の手続き

ご記入日 平成 年 月 日

登録用紙

登録 No.

ふりがな

お名前 _____ 性別 男 女

生年月日 大 昭 平 年 月 日 歳

住 所	〒	—	市	区
お電話	ご自宅		携帯電話	
緊急連絡先	お名前		電話番号	続柄

《問診票》 (○で囲んでください)

①現在からだに調子の悪いところ(痛みなど)はありますか？

な い ・ あ る	「ある」の方は、 ○いつ頃から： ○どこが： ○どのように：
-----------	---

②現在治療中の病気はありますか？

な い ・ あ る	「ある」の方は、 ●病 名： ●いつ頃から： ●お薬の服薬：
-----------	---

③過去に病気やけがで、入院や手術・通院治療を受けたことがありますか？

な い ・ あ る	「ある」の方は、 ●何歳の時に： ●病 名：
-----------	------------------------------

④ここ1年間で健康診断または人間ドックを受けたことはありますか？

な い ・ あ る	「ある」の方は、お手数ですが健診結果を持ってきて頂くようお願いいたします。
-----------	---------------------------------------

参加者各位

一般財団法人 京都予防医学センター
健康運動教室クリエ

本日は健康運動教室クリエにご参加頂き誠にありがとうございます。本教室では集団で行う運動を中心にご自身で体力を考慮しながら行えるプログラムとなっております。

運動中の怪我につきましては傷害保険の対象となりますが、疾病等の場合には対象外となります。参加して頂く皆様への安全面は万全を期してまいりますが、ご自身で充分体調管理をしていただき運動に参加して頂きますようよろしくお願いいたします。

尚、安全に運動へご参加していただけますよう現在の体調等につきまして問診票にご記入していただくとともに、下記の同意書にご署名をよろしくお願いいたします。

同意書

私は運動教室に参加するにあたり自己責任のもとに参加し、発生した事故については異議を申立てません。

平成 年 月 日

署名 _____